

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1908-1909 — N° 106.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES DOULOUREUSES
DE LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benjamin-Auguste-Etienne MOTTET

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Rochefort-Samson (Drôme), le 31 décembre 1881.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES DOULOUREUSES
DE LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909 — N° 106.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FORMES DOULOUREUSES

DE LA

LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Mai 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Benjamin-Auguste-Etienne MOTTET

Ex-Interne des Hôpitaux de Grenoble

Né à Rochefort-Samson (Drôme), le 31 décembre 1881.



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN. -
COURMONT (J.) ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ.
Anatomie.		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique.		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	M. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD.	agrégé.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. REGAUD.	MM. J. LEPINE.	MM. NOGIER.
SAMBU.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch..
CHATIN.	NEVÉ-LEMAIRE.	CAVAILLON.	BÉRIEL, ch...
VILLARD.	PATEL.	LAROYENNE.	BRETIN, ch...
TIXIER.		VORON.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président; M. NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur;
MM. GAYET et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA DOULOUREUSE MÉMOIRE
DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Lyon.

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

NOVÉ-JOSSERAND

GAYET

PATEL



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552622_0020

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de saisir l'occasion de ce premier travail pour remercier tous ceux qui nous guidèrent au cours de nos études, nous aidèrent dans la tâche entreprise et nous rendirent apte à l'accomplir.

Ce sont d'abord nos maîtres de l'Ecole de médecine et des Hôpitaux de Grenoble et tout particulièrement ceux que nous avons pu apprécier durant notre externat et notre internat.

Nous adressons ici l'expression de notre vive gratitude à MM. les D^{rs} Girard, Berthollet, Comte, Gautier, Jacquemet, Besson, Deschamps, Traversier, médecins ou chirurgiens des Hôpitaux, à M. le D^r Ciberl, professeur de clinique obstétricale, ainsi qu'à MM. les D^{rs} Roux et Audan, chefs de clinique.

Que M. le professeur Porte, qui pendant toute une année d'internat nous a prodigué ses leçons, ses conseils éclairés, veuille bien agréer le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

M. le D^r Termier, qui nous a initié à la chirurgie moderne avec une amabilité qui n'a d'égale que sa compétence, ne sortira point sitôt de notre mémoire.

L'amitié qu'a bien voulu nous témoigner M. le professeur Perriol nous rend doublement précieux le temps

passé dans son service. Avec la témérité de la jeunesse, nous avons rêvé de devenir l'imitateur de l'éminent chirurgien : de nos illusions envolées, il nous reste maintenant la douce consolation d'avoir été l'élève du grand maître.

De notre séjour à Grenoble, nous avons encore emporté le plus agréable souvenir de nos camarades d'étude et particulièrement de nos amis d'internat; nous serons fier de conserver leur amitié.

Les quelques mois, trop courts, hélas ! que nous avons passés à Lyon, nous ont permis d'apprécier la haute culture intellectuelle des maîtres de cette Faculté.

Nous remercions M. le professeur Jaboulay du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

M. le professeur agrégé Nové-Josserand nous en a inspiré le sujet et nous a guidé dans ce travail; nous lui adressons nos sincères remerciements pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous porter.

Enfin, ce n'est pas en simples remerciements que nous pouvons nous acquitter envers notre très cher cousin, le D^r Jassoud, de Bourg-de-Péage. Son inlassable dévouement ne nous a jamais manqué dans les moments pénibles. Nous ne pouvons exprimer ici la grande affection que nous lui portons. Il nous pardonnera sans doute de ne pas chercher à traduire des sentiments que nous serions incapable de rendre.

INTRODUCTION

Rechercher dans la littérature médicale les divers écrits qui mentionnent la douleur parmi les symptômes ou les complications de la luxation congénitale de la hanche, exposer les caractères, les causes de cette douleur, envisager les indications auxquelles elle donne lieu au point de vue du traitement, tel est l'objet du travail que nous présentons aujourd'hui.

Après un historique rapide de la question, dans lequel nous passerons en revue les publications antérieures, nous étudierons tout spécialement le travail tout récent de MM. Nové-Josserand et Rendu, travail si nécessaire pour la connaissance de ces formes rares, il est vrai, mais pourtant intéressantes de la luxation congénitale de la hanche : tel est le plan de ce travail qui, pour n'être pas original, sera cependant, nous osons l'espérer, du moins un travail utile.

PREMIERE PARTIE

Si la luxation congénitale de la hanche a donné lieu à de nombreux travaux, dont on ne peut trouver le début sans remonter pour ainsi dire aux origines mêmes de la médecine, et que le siècle dernier surtout a encore énormément enrichis, au point que ce chapitre est aujourd'hui un des plus complets de la pathologie, il est toutefois un point particulier dans l'histoire de cette affection qu'on trouvait à peine mentionné par quelques auteurs, sans que ceux-ci l'aient étudié spécialement et qui, cependant, ne manque pas d'un certain intérêt : nous voulons parler de la douleur qui se montre dans certain cas de luxation.

Il est classique d'admettre que la luxation congénitale de la hanche est une affection indolore; c'est là une loi depuis longtemps établie et les auteurs sont unanimes sur ce point. Mais cette loi n'est pas absolue et les exceptions ne sont même pas très rares. Forgue (*Manuel de Pathologie externe*) admet l'existence de « poussées dues à la fatigue et vite apaisées ». Nous verrons que si ces poussées disparaissent d'ordinaire très rapidement par le repos, il n'en est pas toujours ainsi, et que, d'autre part, la fatigue n'est pas un facteur indispensable, seul capable de provoquer les poussées douloureuses.

Mais voyons d'abord quels sont les plus anciens auteurs qui ont parlé de la douleur dans la luxation congénitale.

Le premier travail dans lequel nous la trouvions signalée est la thèse d'Angot (Paris, 1883). Après lui, Dubreuil (*Revue d'Orthopédie*, 1886), décrit à son tour les « accidents douloureux » de la luxation congénitale de la hanche. Il eut même le mérite d'isoler de la douleur banale produite par la fatigue d'une marche trop longue les douleurs survenants par accès, beaucoup plus rares, puisqu'il les avait rencontrées dans deux cas seulement, mais constituant un véritable « accident surajouté », comme il le dit lui-même.

Delanglade, à son tour (thèse de Paris, 1896), constate des accidents douloureux qui se retrouvent dans plusieurs de ses observations. Une d'elles, notamment (obs. VI), présente même un assez joli exemple d'association de deux formes bien différentes : « engourdissement douloureux au niveau de la hanche, à la fin de la journée, quand l'enfant a marché un peu plus que d'habitude », et, d'autre part, « douleurs vives, brusques », surtout à l'occasion d'un faux pas.

Les autres auteurs se sont contentés de signaler des douleurs sans les décrire; ils n'ont, par conséquent, rien ajouté aux descriptions précédentes.

La production des phénomènes douloureux, tant pour ce qui concerne la douleur de fatigue que pour ce qui regarde les poussées douloureuses, a donné lieu à diverses interprétations.

Les causes les plus simples ont naturellement été les premières invoquées. C'est ainsi qu'Angot fait jeter le

principal rôle à « la compression et à l'allongement des troncs nerveux dans le territoire desquels on les observe ».

De même Baumann (thèse de Nancy, 1902) a pu constater expérimentalement à la salle de dissection une tension exagérée du sciatique, surtout dans les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin.

Dubreuil invoque le « tiraillement exagéré des muscles pelvi-trochantériens » qui ne fixent pas assez la tête fémorale. Il veut aussi faire jouer un rôle important à la « phlegmasie de la synoviale », suivant en cela les idées d'Angot, qui avait émis avant lui l'hypothèse de phénomènes inflammatoires pour expliquer la douleur.

Enfin, Delanglade cherche surtout à démontrer l'existence d'une relation constante entre les phénomènes douloureux et la rétraction musculaire. Comme, d'après lui, ce sont les variétés antérieures de déplacement de la tête fémorale qui présentent le plus rarement cette complication, il en résulte que ce seraient les variétés antérieures qui donneraient le moins souvent lieu à des phénomènes douloureux. Nous discuterons dans la deuxième partie la valeur de ces différentes hypothèses en les rapprochant des faits constatés par M. Nové-Josserand.

Nous devons encore signaler, avant de terminer ces notions étiologiques, l'influence des règles incriminées dans deux cas par Delanglade, et celle du mauvais temps (froid ou humidité), signalée par le même auteur dans une de ses observations (obs. VIII).

Il est encore d'autres causes occasionnelles. Nous n'insisterons pas sur les traumatismes graves : tel le cas de l'enfant dont parle Delanglade, qui fit à dix mois une

chute de la hauteur du lit de sa mère, souffrit plusieurs mois et ne consentit plus à poser le pied à terre sans pousser des cris. Mais il est des cas où un traumatisme de faible importance s'accompagne de douleurs très accusées : tels ces enfants dont la démarche est rendue incertaine par le fait même de la luxation, et qui, à la suite d'un faux pas, doivent faire un effort assez brusque pour conserver leur équilibre et ressentent soudain une douleur vive mais peu durable. Delanglade en rapporte un cas des plus nets (obs. VI).

Le siège prédominant des phénomènes douloureux est habituellement l'articulation de la hanche; mais il n'est pas rare que la douleur se propage avec une certaine intensité jusque dans la région du pli de l'aîne, dans la cuisse, dans le genou, quelquefois même dans tout le membre inférieur. De tous ces points secondaires, le genou est certainement de beaucoup le plus constant.

Quelquefois même le point douloureux le plus net est au genou. Enfin, Delanglade a observé une fillette qui présentait des « douleurs au niveau de la cuisse, de la jambe, pas au niveau de la hanche » (obs. CXVII). Il semble qu'il en soit de même pour celle de l'observation LXXXVI.

Delanglade fait encore remarquer que les phénomènes douloureux « se répètent volontiers ». Cependant, nous n'avons vu relater dans aucune de ses observations que ces accidents se soient produits en série chez certains de ses malades. Il rapporte, au contraire, le fait d'une fillette qui « a souffert pendant plus d'une semaine au niveau du genou gauche et a dû garder le repos : c'est la seule fois qu'elle ait souffert » (obs. LXXXVI).

D'après lui, la luxation unilatérale donnerait moins souvent lieu que la luxation bilatérale à des phénomènes douloureux.

Le traitement qu'il convient d'instituer contre les phénomènes douloureux a été d'abord indiqué par Dubreuil. Il conseille le repos et l'extension continue avec un poids de 4 à 5 kilos. Comme traitement préventif, il préconise la contention de la tête fémorale par un appareil orthopédique. De même Angot a vu la disparition des douleurs survenir par l'application de la ceinture en cuir moulé : la marche devient en même temps plus facile.

Enfin, les opérations sanglantes elles-mêmes peuvent avoir un résultat heureux sur les douleurs de la luxation congénitale. Delanglade signale leur disparition complète par la réduction sanglante. Et, après lui, Frœlich qualifie de remarquable le résultat obtenu par lui à la suite de l'ostéotomie sous-trochantérienne, dans deux cas de luxation qui s'accompagnaient de « douleurs très pénibles ».

Baumann signale également dans une de ses observations la disparition des douleurs à la suite de l'ostéotomie, cette intervention étant indiquée par la position vicieuse du membre fixé en attitude de flexion et adduction très fortes.

DEUXIEME PARTIE

Nous allons continuer maintenant notre étude des formes douloureuses de la luxation congénitale de la hanche d'après les observations et le travail de MM. Nové-Josserand et Rendu.

Ces auteurs ayant eu l'occasion d'observer un grand nombre de faits en ont tiré des déductions dont l'intérêt n'est pas uniquement théorique, puisqu'ils ont été conduits à appliquer une thérapeutique spéciale à ces formes particulières; tandis que nous n'avions enregistré jusqu'ici que des procédés destinés à calmer la douleur, sans modifier le déplacement, ou à traiter la luxation sans s'occuper des phénomènes douloureux; si du même coup ceux-ci se trouvaient supprimés par surcroît, les auteurs consignaient volontiers le fait, sans y voir une indication pour préférer une intervention à une autre, ou apporter une modification à leurs procédés habituels : c'est par là que le travail de MM. Nové-Josserand et Rendu nous paraît surtout précieux.

Nous y trouvons tout d'abord une symptomatologie très nette des deux formes bien distinctes que peut présenter la douleur. C'est, d'une part, la douleur de fati-

gue, la plus fréquemment observée. Certains malades éprouvent au bout de quelques pas un endolorissement vague, une grande lassitude, que le repos fait complètement disparaître. Mais, si la marche a été un peu longue, les symptômes persistent plus longtemps. Quelquefois même la douleur est constante avec des exacerbations. On constate en même temps une augmentation parallèle des phénomènes fonctionnels. D'autre part, la douleur peut revêtir la forme aiguë, survenant par accès. Ce sont les « crises douloureuses » de MM. Nové-Josserand et Rendu. Sous ce nom, ils nous font un tableau des accidents déjà signalés principalement par Dubreuil, mais qui méritaient d'être plus complètement étudiés.

Parmi ces crises douloureuses, les unes survenant soit spontanément, soit plus souvent par suite de certains mouvements, sont brusques, parfois très vives, mais disparaissant très vite, spontanément, ne nécessitent de ce fait aucune thérapeutique, et sont par conséquent moins utiles à bien connaître pour le clinicien; la seconde forme de crises apparaissant spontanément, d'acuité variable, mais de durée beaucoup plus longue que les précédentes, mérite d'être mieux connue, car elle imprime une physionomie spéciale à l'affection qu'elle complique.

Comme l'avait déjà remarqué Delanglade, ces crises douloureuses sont rarement isolées. Leur reproduction peut être plus ou moins rapprochée. M. Nové-Josserand les a vues se répéter jusqu'à deux fois par mois. La durée, assez irrégulière, d'ailleurs, est d'une semaine en moyenne, souvent plus longue, jusqu'à trois semaines. L'intensité des douleurs est aussi très variable, parfois si accusée, que le malade s'abstient de tout mouvement,

doit même garder le lit, crie au moindre contact. C'est dans ces cas qu'on peut observer de la limitation des mouvements du côté atteint, les muscles péri-articulaires présentent une contracture de vigilance des plus énergiques, qui a pour effet de solidariser étroitement les surfaces articulaires. Toutefois, il est rare que la limitation des mouvements atteigne ainsi un degré élevé; le plus souvent elle est peu accusée et passagère, ne persistant pas quand la crise douloureuse prend fin.

Les phénomènes douloureux ne sont pas toujours sans influence sur l'évolution de la luxation. On comprend facilement que la contracture que nous venons de signaler peut amener la production d'une attitude vicieuse, qui est alors ordinairement une tendance progressive à l'adduction et à la rotation en dedans. Mais il convient de faire à cet égard une distinction importante entre les différentes formes de luxations douloureuses. Tandis que les crises douloureuses plus ou moins aiguës n'ont en définitive aucune influence néfaste sur la marche générale de l'affection, le malade retrouvant intégralement, une fois la crise terminée, l'état fonctionnel qu'il avait auparavant, il en est tout autrement quand la douleur revêt une forme continue, coupée ou non par des accès paroxystiques.

Quand la douleur persiste sans rémission, la maladie tend à s'aggraver progressivement, constituant une véritable « luxation douloureuse à évolution progressive et chronique ».

Au point de vue étiologique, M. Nové-Josserand croit les douleurs très rares chez les enfants, surtout les enfants jeunes; les adolescents et les adultes présenteraient plus souvent cette complication. En recherchant la variété anatomique dans tous les exemples qu'il a eus sous les yeux, il trouve un nombre à peu près égal de luxations sus-cotyloïdiennes et iliaques. Or, comme après l'enfance, la variété iliaque se présente avec une fréquence incontestablement plus grande, si l'on envisage la luxation en général, on voit donc que les luxations sus-cotyloïdiennes deviennent proportionnellement beaucoup plus souvent le siège de phénomènes douloureux. Delanglade, ainsi que nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, prétend justement le contraire; cette affirmation, croyons-nous, ne doit pas être maintenue en présence des faits si précis de M. Nové-Josserand. De même, cet auteur a montré le peu de crédit que l'on doit accorder à la théorie inflammatoire pour expliquer les symptômes douloureux. Il admet évidemment la possibilité de lésions inflammatoires tout comme dans une articulation normale. Pourquoi, en effet, une hanche atteinte de luxation congénitale ne pourrait-elle pas être le siège d'une poussée de rhumatisme articulaire, par exemple ? Mais alors l'affection aurait une allure bien différente en général. La fixité des phénomènes douloureux sans tendance à la généralisation, l'absence de complication viscérale, la courbe apyrétique, l'étude des antécédents sont contraires à l'hypothèse d'une poussée rhumatismale dans la plupart des cas de luxations douloureuses.

Si l'articulation luxée était le siège d'une arthrite ai-

guë, l'élévation de la température, la suppuration habituelle, l'évolution plus rapide ne laisserait pas longtemps place au doute. Quant à la coxalgie, lorsqu'elle existe en même temps que la luxation, la douleur ne reste pas longtemps sa seule manifestation; l'atrophie musculaire la gêne des mouvements, l'engorgement ganglionnaire et la tuméfaction de la région de la hanche qui complètent bientôt le tableau clinique donnent à la maladie une physionomie bien particulière.

D'ailleurs, cette association des deux affections est assez rarement rencontrée.

Il restait une dernière hypothèse qui paraissait s'accorder avec l'observation clinique : celle d'une arthrite sèche à évolution chronique.

La présence de craquements souvent constatés, semblait confirmer une pareille théorie. Mais M. Nové-Josserand n'a jamais rencontré dans ses autopsies de luxations congénitales les lésions de l'arthrite sèche, pas plus du reste que les autres lésions inflammatoires précédemment admises.

Les douleurs sont donc le fait même de la luxation. Mais il est difficile de préciser comment certaines luxations arrivent à présenter cette particularité : c'est probablement par suite du tiraillement des ligaments articulaires et de la capsule en particulier. Cette conception semble confirmée par ce fait d'observation courante que les personnes atteintes de luxation congénitale voient souvent s'installer des phénomènes douloureux quand survient l'obésité. Mais, d'autre part, nous avons vu que les variétés antérieures qui présentent le minimum de symptômes sont proportionnellement plus souvent que

les postérieures le siège de symptômes douloureux peut-être, ainsi que le fait remarquer M. Nové-Josserand, est-ce tout simplement parce que dans les variétés iliaques à grand déplacement les malades ont mieux conscience de leur état anormal et se ménagent davantage.

M. Nové-Josserand a fixé les règles du traitement qu'il convient d'appliquer aux luxations douloureuses. Il divise, à ce propos, les malades en trois catégories, suivant leur âge, les enfants pouvant bénéficier d'une méthode curative, tandis que les adolescents et les adultes ne doivent attendre qu'une atténuation des méthodes palliatives.

Jusqu'à sept ou huit ans, le procédé de choix est la réduction, la douleur étant une indication de plus pour l'intervention qui a le plus souvent sur ce symptôme un résultat des plus heureux.

Mais il est bien certain qu'avant de la tenter, il faudra éliminer toute possibilité d'une arthrite.

Quand le malade atteint l'adolescence, la réduction n'est généralement plus possible. Mais on obtiendra quelquefois de bons résultats par le repos simple, ou plus souvent par le repos au lit complété par l'immobilisation dans un appareil plâtré. Les luxations sus-cotyloïdiennes sont ordinairement très améliorées au point de vue de la douleur par ce simple procédé. Quant aux luxations iliaques, sur lesquelles l'immobilisation a beaucoup moins d'influence, on a encore la ressource de les transformer préalablement en antérieures : ce à quoi on arrive souvent sans trop d'efforts par la trans-

position. L'immobilisation plâtrée retrouve alors ses indications et toute son efficacité.

Chez l'adulte, nos procédés thérapeutiques sont encore plus limités. Au-dessus de vingt ans, la transposition elle-même n'est plus possible, et nous ne pouvons guère conseiller que l'immobilisation, encore celle-ci est-elle souvent très difficile à faire accepter. Il est vrai qu'il n'est pas indispensable de réaliser une immobilisation absolue. On peut même se contenter à la rigueur d'un petit appareil permettant la marche. Mais les résultats ainsi obtenus sont le plus souvent incomplets et peu durables.

Enfin, en présence d'un échec absolu des autres procédés thérapeutiques, on pourra recourir à la résection de la hanche par la voie antérieure : c'est là notre dernière ressource.

M. Nové-Josserand a ainsi obtenu un résultat inespéré chez une fillette de treize ans, chez laquelle il avait essayé sans succès des manœuvres de transposition. Cet heureux résultat persistait encore six ans après l'intervention. Il peut donc presque être considéré comme définitif. Nous relatons dans nos observations un autre cas traité par la même méthode. Malheureusement, la date trop rapprochée de l'intervention ne nous permet pas d'en faire connaître le résultat.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (1)

Luxation de la hanche gauche. Variété iliaque. Crises douloureuses ayant précédé la luxation et ayant persisté ensuite, sans aucun signe d'arthrite. — Réduction. — Guérison complète.

Hélène M..., 3 ans. L'enfant a commencé à souffrir à 14 mois. Elle eut à ce moment une crise douloureuse aiguë, au point qu'on ne pouvait toucher son membre, et qui dura huit jours. Cet accident se reproduisit à des intervalles variables, toutes les deux ou trois semaines, avec une durée de deux à trois jours. L'enfant a commencé à marcher à 17 mois, mais elle se fatiguait vite et ressentait encore des crises douloureuses une ou deux fois par mois, particulièrement au moment des changements de temps. Ces douleurs ont persisté jusqu'à l'âge d'environ 2 ans.

Actuellement (2 mars 1905), on constate une luxation de la hanche gauche; la tête fémorale occupe la partie antérieure de la fosse iliaque externe, le raccourcissement est de 2 centimètres. Les mouvements sont normaux; la claudication relativement faible.

Réduction le 10 mars 1905. — Les sensations obtenues au cours de la réduction ne diffèrent en rien de celles que donne une luxation congénitale ordinaire.

(1) Les observations I, II et III paraîtront dans le *Lyon Chirurgical* du 1^{er} juin, mémoire de MM. NOVÉ-JOSSERAND et RENDU.

15 septembre 1906. — Le traitement est terminé depuis neuf mois; l'enfant est guérie; ne boite pas et n'a plus ressenti de douleurs.

Août 1908. — Le bon résultat se maintient.

OBSERVATION II

Subluxation congénitale de la hanche droite. — Douleurs.
— *Amélioration par le repos et par l'immobilisation dans un bandage plâtré.*

Jeanne T..., 14 ans. La tête fémorale est dans la région inguinale, très peu déplacée; raccourcissement, 2 centimètres. Claudication à peine visible lorsque l'enfant s'observe; le signe de Trendelenburg n'existe pas. La radiographie montre que la tête est déplacée en haut par rapport au cartilage en Y; elle se trouve néanmoins au-dessous du toit qui est redressé et peu développé, ne recouvrant le noyau épiphysaire que dans la moitié de sa largeur. C'est donc une subluxation bien nette.

Cette malade souffre de sa hanche depuis 4 ans. Le début s'est fait avec une certaine acuité, par des douleurs vives qui ont duré huit jours; depuis, cet état douloureux persiste, empêchant la marche au delà de quelques minutes. On ne trouve aucun signe d'arthrite; les mouvements sont entièrement libres, sauf l'abduction, qui est un peu réduite.

Après un repos d'un mois sur la chaise longue, les douleurs disparaissent pendant un an. Puis elles ont reparu, d'abord légères, puis de plus en plus fortes pendant toute l'année 1907. En septembre, elles ont atteint un paroxysme qui a obligé la malade à se mettre au lit pendant trois jours. Un nouvel examen montre que la hanche est restée dans le même état; la tête est à la même place, le raccourcissement n'a pas varié, les mouvements sont toujours entièrement libres.

On fait alors une culotte plâtrée immobilisant la hanche et s'arrêtant au genou. L'état douloureux disparaît aussitôt; la malade se remet à marcher et peut faire même de longues courses. Au bout de trois mois, le bandage est supprimé. Depuis, l'état est resté satisfaisant sans que l'enfant ait fait usage d'aucun appareil.

OBSERVATION III

Luxation de la hanche droite. — Variété sus-cotyloïdienne et iliaque. — Douleurs. — Essai de transposition. — Amélioration fonctionnelle et disparition des douleurs.

Alice D..., 13 ans 1/2. Luxation de la hanche droite. La tête se trouve un peu au-dessous et en avant de l'épine iliaque antéro-supérieure, mais elle n'est pas fixée en ce point et se déplace en arrière dans la fesse lorsqu'on met le membre en flexion et adduction. Raccourcissement, 6 centimètres. Claudication très accusée; l'enfant se fatigue très vite et ne peut pas marcher plus de dix minutes sans être arrêtée par de violentes douleurs, qui disparaissent lentement. Toute course un peu forte oblige la malade à garder le lit.

Les mouvements de la hanche sont complètement libres, sauf l'abduction, qui est légèrement réduite.

Le 18 janvier 1904, on fait un essai de transposition par les manœuvres ordinaires de réduction; après des efforts assez pénibles, on arrive à déplacer la tête en avant en la faisant glisser sur l'os iliaque, sans qu'il y ait un véritable ressaut. Immobilisation en abduction à angle droit.

Le 13 mars, on essaye de ramener le membre en rectitude, mais la rétraction très forte des muscles sous-spinaux oblige à faire la myotomie sous-cutanée du couturier, du droit antérieur et du tenseur du fascia lata.

Le 13 mai, on complète sous anesthésie le redressement du membre et on le maintient avec une culotte plâtrée.

Le 20 octobre 1904, on note que la tête se trouve dans la région inguinale, un peu en dehors des vaisseaux; le raccourcissement n'est plus que de 3 centimètres. Le membre est encore faible et la marche difficile.

En août 1908, on note une amélioration fonctionnelle très importante : la claudication est moindre qu'avant le traitement, et l'enfant peut faire jusqu'à 6 kilomètres sans ressentir d'autres douleurs qu'une sensation pénible, qui disparaît bientôt par le repos.

OBSERVATION IV (*inédite*)

Luxation bilatérale douloureuse à gauche. — Essai de réduction sans résultat. — Résection de la tête fémorale. — Traitement non terminé.

R..., Marie-Louise, 9 ans 1/2. Entrée le 17 avril 1909 à la Charité dans le service de M. Nové-Josserand.

La mère présente elle-même une luxation congénitale de la hanche.

La claudication de l'enfant a été remarquée à l'âge de 1 an, quand elle a commencé à marcher. Depuis quatre à cinq mois, elle souffre de la jambe gauche et ne peut pas marcher plus d'un quart d'heure. La douleur disparaît par le repos. L'enfant a gardé chez elle un repos incomplet qui n'a pas modifié sensiblement son état.

Luxation bilatérale. Des deux côtés, la tête fémorale est dans la partie antérieure de la fosse iliaque externe. Enclature assez prononcée. Pas de différence de longueur, ni de volume. A droite, les mouvements sont complets, sauf l'abduction, qui est réduite de moitié. A gauche, les mouvements sont limités par la douleur, la flexion à l'angle droit et l'abduction presque nulle. La claudication est assez prononcée et un peu plus accentuée à gauche.

Le 19 mai, on fait des manœuvres de réduction de la

hanche gauche à titre palliatif. On amène facilement la tête en regard du cotyle, mais l'isthme est oblitéré et il est impossible de réduire. En renouvelant la manœuvre, on sent un ressaut assez fort, avec un craquement donnant l'impression d'une fracture dans du tissu spongieux. On s'assure que la continuité de la tête avec la diaphyse est conservée et on a l'impression qu'il s'agit d'une fracture parcellaire portant sur un petit fragment de la tête. Pas d'immobilisation.

Le 3 mai, on pratique une intervention sanglante. Par l'incision antéro-externe de Lorenz, on arrive facilement sur la face antérieure de l'articulation. La capsule est ouverte en croix. La tête fémorale se présente aussitôt. Elle est en rotation externe assez forte et il faut la mettre en rotation interne pour sentir le col. Celui-ci est sectionné d'un coup de ciseau. La tête est enlevée après section du ligament rond conservé. Elle présente un fort aplatissement transversal sans autre lésion.

Sutures, pansement et application d'un appareil plâtré.

CONCLUSIONS

I. — Les phénomènes douloureux sont une complication relativement rare de la luxation congénitale de la hanche.

II. — Ces douleurs peuvent revêtir deux formes : les douleurs de fatigue et les crises douloureuses spontanées.

III. — Fonctionnellement, on observe une limitation des mouvements à la suite des crises très douloureuses, et aucune modification quand la douleur est plus faible.

IV. — Les symptômes douloureux ne s'accompagnent pas de signes cliniques d'arthrite. La limitation des mouvements est souvent nulle; quand elle existe, elle est généralement faible et passagère.

V. — Les crises douloureuses spontanées ne paraissent pas aggraver d'une façon bien sensible le pronostic de la luxation; au contraire, les douleurs continues exagérées par la fatigue vont généralement en s'aggravant de plus en plus et peuvent déterminer un véritable état d'impotence.

VI. — Le traitement consiste dans la réduction jusqu'à sept ou huit ans. Pendant l'adolescence, après échec du repos et de l'immobilisation simple, on peut essayer la transposition par la méthode non sanglante. Cette intervention paraît donner des résultats durables dans les formes postérieures de luxation. A l'âge adulte, le seul traitement possible est l'immobilisation par des appareils amovibles ou inamovibles. Dans les cas particulièrement rebelles, on peut poser l'indication de la résection de la tête fémorale par la voie antérieure.

VU :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 4 mai 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGOT. — De la luxation congénitale de la hanche. Thèse de Paris, 1883.
- BAUMANN. — Ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche. Thèse de Nancy, 1902.
- COSTE. — De l'ostéo-arthrite tuberculeuse compliquant la luxation congénitale de la hanche. Thèse de Lyon, 1899.
- DELANGLADE. — De la luxation congénitale du fémur. Thèse de Paris, 1890.
- DUBREUIL. — Des accidents douloureux de la luxation congénitale de la hanche. *Revue d'orthopédie*, mai 1890.
- FREELICH. — Deux observations de luxation congénitale double de la hanche, traitées par l'ostéotomie sous-trochantérienne. *Revue d'orthopédie*, septembre 1903.
- GOLAZ. — Ostéotomie sous-trochantérienne dans les luxations congénitales de la hanche. Thèse de Paris, 1897.
- JABOULAY. — Variétés de luxations congénitales de la hanche. *Lyon Médical*, 1900.
- KIRMISSON. — Luxation de la hanche. *Revue d'orthopédie*, 1903.
- LAMY. — De la coxalgie venant compliquer la luxation congénitale de la hanche. *Revue d'orthopédie*, janvier 1909.
- NOVÉ-JOSSERAND et RENDU. — Forme douloureuse de la luxation congénitale de la hanche (en voie d'impression). Paraîtra dans le *Lyon Chirurgical*, juin 1909.
- NOVÉ-JOSSERAND. — *Précis d'orthopédie*.
- TRÉNEL. — Du traitement non sanglant de la luxation congénitale de la hanche et de ses résultats éloignés. Thèse de Lyon, 1902-1903.

